

такте замесов из биосовместимых материалов на основе соединений кальция ("Фосфадент-Био", МТА) и СИЦ - стеклоиономерного цемента ("Цемион") образуется солевая матрица из полиакрилата металла в виде пленки, которая обладает потенциалом разделяющей мембраны, защищая от взаимодействия контактирующие материалы, сохраняет их свойства (Иванова Н. С., 2006). Выявленная способность к "самозащите" МТА и СИЦ позволила обосновать методику лечения в одно посещение пациента: герметизацию корневого сообщения с периодонтом и пломбирование корневого канала, реставрацию зубов с глубокими полостями ("sandwich" техника - МТА, СИЦ, композит), отсроченное пломбирование.

На данном этапе исследования было обращено внимание на состав современных самопротравливающих бондинговых систем, которые включают аналогичные в СИЦ карбоновые кислоты, главным образом малеиновую кислоту. Изучали влияние UniFil BOND (состоит отдельно из самопротравливающего праймера и адгезива) и Prompt L-Pop ("три в одном", компоненты соединяют перед применением) на изменение pH биосовместимого материала "Триоксидент", когда активные свойства данного представителя МТА сопровождаются высокими значениями pH.

Свежеприготовленный по инструкции замес "Триоксидента" помещали в лунку на пластине из оргстекла. Выравнивали поверхность замеса и адсорбировали излишек влаги фильтровальной бумагой. На замес наносили UniFil BOND согласно инструкции по применению с использованием фотополимерной лампы. После фотополимеризации снимали пленку из адгезива и определяли pH на контактирующих поверхностях замеса и пленки, а также контролировали pH на срезе через глубину того же замеса при помощи индикатора креозолового красного (ГОСТ 584951, ТУ 7П-9-70, $c = 0,1\%$ в спирте, с интервалом pH 7,2-8,0 перехода цвета от желтого до малиново-красного). Аналогичные исследования проводили с Prompt L-Pop.

Результаты эксперимента показали, что после снятия с замесов на полимеризованных пленках обоих типов адгезивов наблюдалось прилипание частиц "Триоксидента". При этом pH на контактирующих поверхностях пленок и замесов оставался высоким и обеспечивал малиново-красный цвет индикатора, идентичный на срезе того же замеса.

Таким образом, благодаря сохранению высокого pH "Триоксидента" под пленками исследуемых бондингов, можно заключить, что современные адгезивные системы с кислотными свойствами не влияют на лечебные качества МТА и дают возможность реставрировать проблемные зубы композитами без дополнительной СИЦ-прокладки, обеспечивая лучшие условия для адгезии, монолитности и прочности реставрации. Герметизация "Триоксидентом" корневого сообщения с периодонтом и последующее использование UniFil BOND или Prompt L-Pop подготовят канал для фиксации в нем стекловолоконного штифта.

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГАЛІТОЗУ

Іленко Н. В., Петрушанко Т. О., Іленко Н. М.

м. Полтава

Проблема галітозу має медичні та психологічні аспекти: наявність його може бути індикатором патології різних органів та систем організму людини; ознаки галітозу або страх їх чинять надзвичайний негативний вплив на соціальне життя особистості. Поширеність галітозу надзвичайно висока: більше половини населення земної кулі. Незалежні опитування показали, що майже 50% респондентів стверджують, що неприємний запах з рота суттєво шкодить успішній кар'єрі його власника (особливо, якщо професійна діяльність пов'язана із спілкуванням). 20% опитаних вважають галітоз одним з найбільш відштовхуючих фізіологічних проявів особистості. Людина, що має проблему галітозу, у більшості випадків навіть не здогадується про це, оскільки вона адаптується до власного запаху. Знаючи про проблему неприємного запаху з рота, пацієнти, як правило, намагаються вирішити це питання самостійно, вдаючись до парфумів, освіжаючих ополіскувачів, спреїв, жувальних гумок тощо. Проте ці засоби лише на короткий період маскують неприємний запах. Реальне вирішення проблеми може бути досягнуте лише за допомогою спеціаліста, який професійно виявить причини галітозу та підбере адекватне лікування й профілактику.

Метою нашого дослідження стало вивчення поширеності галітозу у випускників стоматологічного факультету, установлення причинно-наслідкових зв'язків його виникнення, а також аналіз рівня знань майбутніх лікарів-стоматологів щодо проблеми галітозу.

Для досягнення поставленої мети нами були оглянуті 64 студенти V курсу стоматологічного факультету віком 21-25 років зі схожими особливостями трудового та побутового анамнезу. Кожному респонденту проведено анонімне анкетування, що включало питання стосовно неприємного запаху з рота та причин його виникнення. Усі студенти обстежені клінічно з визначенням стоматологічного статусу, що включало опис

зубної формули, прикусу, стану тканин пародонта та слизової оболонки порожнини рота, визначення індексів КПП, РМА (в модифікації Parma), ГІ (J. C. Green, J. R. Vermilion), CPITN та індексу кровоточивості сосочків (PBI) за Saxer і Muhiemann. Проводилося спеціальне дослідження, що включало визначення індексу WTC (Winkel Tongue Coating) та органолептичне дослідження (тести із зубною ниткою та із серветкою). Розрахунок кореляційних зв'язків здійснювали шляхом математичного синтезу та порівняльного аналізу отриманих показників між собою.

Результати дослідження аналізу анкет виявили, що близько 56,7% обстежених не турбує неприємний запах із рота, хоча об'єктивно органолептичні тести виявляють галітозу приблизно у 90% обстежених (тест із зубною ниткою - у 86%, а тест із серветкою - у 93%). Але до стоматолога із цією проблемою зверталися лише 6,7% респондентів. Майже всі обстежені не знайомі з тестами для діагностики галітозу, але всі хочуть отримати медичну інформацію щодо цієї проблеми. У групі обстежених студентів середнє значення індексу КПП становить $7,44 \pm 1,6$, гігієнічного індексу - $1,02 \pm 0,24$, що відповідає задовільному рівню гігієни порожнини рота. Значення органолептичних тестів для групи обстеження вказують на те, що в більшості респондентів запах з порожнини рота належить або до 1-ї категорії (сумнівний запах), або до 2-ї категорії (слабкий запах). Аналіз отриманих результатів дозволив установити достовірний кореляційний зв'язок між органолептичними тетами та індексом нальоту язика, індексом кровоточивості сосочків та гігієнічним індексом порожнини рота.

Проведене клініко-психологічне дослідження показало високу поширеність галітозу в осіб молодого віку; у виникненні галітозу переважали стоматологічні фактори; більшість обстежених майбутніх стоматологів недостатньо володіють інформацією щодо галітозу, факторів його виникнення, діагностики, ліквідації.

ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНУ ПРИ АНТИМІКРОБНІЙ ТЕРАПІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Ільницька О. М., Рожко М. М., Грошко Н. І.

м. Івано-Франківськ

Місцева протимікробна терапія як елемент комплексного лікування інфекційно-запальних захворювань відіграє важливу роль у стоматологічній практиці. Локальне застосування лікарських препаратів - найбільш давній спосіб лікування в пародонтології. У терапії захворювань тканин пародонта провідне місце відводиться антимікробним середникам, які відповідають таким вимогам: впливають на всі ланки патогенетичних механізмів, ефективніше діють на бактеріальні патогени, надходять у вогнище запалення в концентраціях, достатніх для досягнення бактерицидного або бактеріостатичного ефекту та не викликають побічних реакцій.

Одним з альтернативних та ефективних методів сучасного лікування захворювань тканин пародонта є озонотерапія, яка широко використовується завдяки бактерицидним, гемостатичним, дезінтоксикаційним, імуностимулюючим, протизапальним властивостям при практично відсутніх побічних ефектах і алергій-них реакціях. Одним із апаратів, який генерує чистий озон, є апарат OzoneMed, до комплексу якого входять різні форми зондів, за допомогою яких здійснюється подача озону до тканин пародонта. Рівень концентрації озону, який генерується цим приладом, не перевищує гранично допустимої концентрації, яка становить 0,2 мг/м³ а завдяки короткому періоду застосування - 40-60 с. - отримують пошкодження тільки бактерії, гриби, віруси. Після механічної обробки тканин пародонта пацієнт отримує антимікробну терапію безпосередньо на прийомі в лікаря-пародонтолога, метою якої є активізація репаративних процесів ясен.

Вивчали стан тканин пародонта 72 працівників Рогатинського скляного заводу, яким було діагностовано ГП I ступеня - 40 працівників, а 32 - гінгівіт, хронічний перебіг. Стан тканин пародонта, гігієни порожнини рота вивчали з урахуванням положень ВООЗ "Стоматологічні обстеження" (Боровський Є. В., Леус П. А., 1977). Ступінь ушкодження тканин пародонта визначали за допомогою папілярно-маргінально- альвеолярного індексу РМА за Parma (Боровський Є. В., Леус П. А., 1977), пародонтального індексу ПІ за Russel (Федоров Ю. Ф., 1989), а також проводили визначення індексів каменя, кровоточивості, нальоту. На етапі первинного обстеження в усіх пацієнтів зафіксовано клінічні ознаки активного процесу запалення ясен, які виражались набряком, вираженою кровоточивістю ясен під час зондування. Індексна оцінка стану тканин пародонта у хворих з генералізованим пародонтитом I ступеня на момент обстеження: РМА 54%; індекс Рассела 4,1; індекс каменя 2,1; індекс кровоточивості 2,8; індекс нальоту 2,4. Після проведення першого етапу лікування - зняття зубних відкладень за допомогою ультразвукового скалеру - хворим проводили обробку тканин